

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

113

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Négib FARAH

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE IMPÉTIGINEUSE

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

113

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Négib FARAH

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE IMPÉTIGINEUSE



Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Anatomie topographique	N.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WIDAL
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	DUPRÉ
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	PIERRE MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN
Clinique thérapeutique	N.
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	N.
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale
à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAQUEZ

**Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux**

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNÉTRIER

Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne pouvons pas nous empêcher de poser un regard en arrière pour contempler le chemin parcouru. C'est avec un sentiment de reconnaissance et de profonde gratitude que nous évoquons le souvenir de tous les maîtres éminents qui ont guidé nos pas à travers le sentier si difficile de nos études. Leur exemple nous sera le meilleur des stimulants aux heures de défaillance et de découragement, leur enseignement nous servira toujours de guide et de flambeau.

Nous ne saurions terminer ces lignes sans remercier M. le professeur Hutinel du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le remercions également pour l'accueil bienveillant qu'il nous fit en nous recevant dans son service, où nous avons pu admirer le clinicien sagace, au coup d'œil sûr, et aux idées hardies. Son enseignement nous sera d'un précieux secours au lit du malade comme aux heures de recueillement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NÉPHRITE IMPÉTIGINEUSE

INTRODUCTION

Le sujet que nous abordons présente un double intérêt puisqu'il intéresse au même degré l'hygiéniste et le médecin. En effet que de maladies n'aurait-on pu éviter si les règles de l'hygiène étaient mieux observées ! Et pourtant il s'agit souvent de la santé et de l'avenir d'un enfant ; et la responsabilité des parents n'en est que plus grande. Il est une croyance populaire funeste, qui attribue l'existence des poux chez les enfants à la bonne santé de ceux-là. Et pourtant rien n'est plus faux, car tous les enfants atteints par ces parasites sont sales, malpropres et repoussants, et si les poux les ont envahis, c'est bien à cause de leur malpropreté et non de leur bonne santé. Mais ! hélas l'homme n'a pas l'instinct de la propreté encore moins l'enfant. Pourtant être propre et soigneux de sa personne, est un signe de respect de soi-même et des autres et les parents ont un devoir impérieux à accomplir dans ce sens. Déjà certaines classes de la société comprennent toute l'importance

de ces précautions hygiéniques. Mais il n'en va pas de même pour les classes ouvrières et laborieuses où les soins de propreté les plus élémentaires sont méconnus. Il y a là une lacune à combler, en vulgarisant les notions élémentaires de l'hygiène corporelle. En effet nous avons été frappés du nombre des affections provoquées rien que par les fautes d'hygiène sans parler du choléra ou de la peste qui éclatent généralement dans les villes mal entretenues et et parmi les pèlerins de la Mecque, nous nous contenterons de citer les conjonctivités aiguës et *l'impétigo*. Ce dernier fera le sujet de notre thèse, à cause de la *néphrite* qu'il provoque, et qui quelquefois peut être mortelle.

HISTORIQUE

Malgré la fréquence relative des néphrites au cours de l'impétigo, les auteurs anciens sont muets sur ce point. Il faut arriver en 1875 où paraît dans les archives de Wirchow la première observation due à Salvioli. Ceci ne fit pas grand bruit, et c'est surtout la thèse de Sirugues parue en 1881 qui fixa l'attention et fit mention des premières observations d'impétigo compliquées de néphrite. Deux ans plus tard sous l'inspiration de Horand paraît à Lyon la thèse de Boyer intitulée : *Sur les albuminuries liées aux irritations cutanées*. Dans ce travail à côté de beaucoup de cas de pédiculi et de gale, on parle des néphrites impétigineuses et on tâche pour la première fois de pénétrer la pathogénie de ces complications. On attribue l'existence de la néphrite à une irritation rénale déterminée elle-même par l'irritation de la peau.

Augagneur, en 1885, arrive à prouver que l'infection est la cause réelle de la néphrite dans toutes les observations réunies jusque là. Muller en 1890, signale des cas et, en 1891-1892 des auteurs italiens en rapportent plusieurs observations. Puis les cas se

multiplient, c'est Bezy en 1893 qui en cite quelques-uns. Roussel et Saint-Etienne en 1895. Saurain, en 1897, en signale d'autres.

En 1905, Cazal de Toulouse signale des néphrites impétigineuses.

En 1907, dans la thèse de Maille il est rapporté un cas. C'est avec Guinon et Pater qu'apparaît le premier travail d'ensemble sur la question. Puis apparaissent les thèses de Villate et de Guiart en 1908.

Une chose reste incompréhensible c'est que malgré le nombre des travaux déjà parus, il ne soit fait aucune mention dans les traités anciens ou nouveaux de la néphrite impétigineuse.

IMPÉTIGO

C'est une infection spéciale de la peau, contagieuse et inoculable, caractérisée par des petites pustules superficielles, groupées, autoinoculables, qui au bout de quelques jours (trois ou quatre) se transforment en croûtes jaunâtres caractéristiques, qui tombent sans laisser de cicatrices.

La cause microbienne est une : c'est le streptocoque pyogène.

Étiologie. — L'impétigo est surtout une maladie de l'enfance. La malpropreté et la misère physiologique y prédisposent tout spécialement.

On l'observe plus fréquemment l'été et l'hiver (Devergie). Comme causes occasionnelles, on a cité les fatigues et les excès de boisson (impétigo-a potu). Comme causes parasitaires on a cité les acares et les poux, qui sont d'ailleurs des agents de contagion et de dissémination.

La cause efficiente est l'inoculation épidermique du streptocoque pyogène. La suppuration secondaire des lésions impétigineuses est due à leur infection par la staphylocoque.

Description. — La lésion primitive est une tache de 3 à 4 millimètres à peine saillante. En peu de

temps (trois ou quatre heures) l'épiderme se soulève en une phlyctène plate, molle, demi-gonflée par un liquide séreux ; cette phlyctène est essentiellement fragile, c'est ce qu'explique sa structure anatomique. L'exsudation séreuse ne soulève que la couche cornée qu'elle décolle. Dans les régions à épiderme épais, les phlyctènes restent entières et leur liquide se trouble par infection staphylococcique. D'ordinaire elles sont vite ouvertes par le grattage, et leur contenu se concrète en liquide ambré qui constitue une croûte d'un jaune de miel à bords relevés, à cassure cristalline. Ces croûtes, détachées par l'exsudation séro-purulente, qui continuent à se produire, tombent spontanément, et au-dessous d'elles la région est rouge, luisante, suintante, parfois exulcérée ; d'autres croûtes se produisent alors pour se détacher encore et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elles deviennent minces et sèches et tombent pour la dernière fois.

Il n'y a, en général pas de réaction locale, ni chaleur, ni douleur ; toutefois une démangeaison légère au début qui incite le malade à se gratter, d'où auto-inoculation.

Ordinairement apyrétique l'affection s'accompagne quelquefois de symptômes fébriles, ou d'infections muqueuses : stomatites, néphrites, bronchites, rhinites, blépharites, conjonctivites, kératites, otites, vulvite, enfin d'ostéomyélie.

Siège. — L'impétigo peut siéger sur toutes les régions du corps, mais surtout sur la face et le cuir chevelu.

Durée. — Variable mais en général ne dépassant pas trois ou quatre semaines.

Variétés. — On a décrit l'impétigo conforta ou figurata, l'impétigo sparsa, contagiosa, granulata, etc.

Pronostic. — Bénin, la guérison est la règle à moins qu'il ne survienne des complications.

Traitement. — 1° Antiseptiser la région atteinte.

2° Traiter la lésion locale ;

3° Modifier le terrain.

Localement on fera tomber les croûtes avec des cataplasme de fécule de pommes de terre ou bien des compresses d'eau bouillie ; les croûtes tombées on désinfecte avec l'eau d'Alibour, ou bien avec une solution d'alcool résorciné.

Le traitement général s'adresse à la constitution du sujet : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop anti-scorbutique ou iodo-tannique. Arsenic chez les uns, bicarbonate de soude, iodure de potassium chez les autres.

LA GALE

Nous avons souvent vu l'impétigo succéder à la gale et provoquer comme complication secondaire une néphrite impétigineuse. C'est pourquoi il ne nous a pas semblé sans intérêt de dire quelques mots sur la gale.

Définition. — La gale est une affection de la peau caractérisée par une éruption polymorphe provoquée par la présence d'un parasite, l'*acarus scabiei*.

Le parasite est un arachnide de l'ordre des acarïens de forme ovoïde rappelant l'aspect d'une tortue de couleur blanchâtre. Comme dimensions la femelle, un peu plus grosse que le mâle, mesure un tiers de millimètre de longueur et un quart de largeur. Leur face dorsale est convexe et couverte de poils, sillonnée de stries ondulées et hérissées de saillies pointues disposées en séries linéaires. Leur face ventrale, convexe, est munie de quatre paires de pattes, qui se terminent les deux premières par une ventouse, les deux dernières par un poil.

Chez le mâle la troisième paire seule possède un poil, les deux autres ont une ventouse.

Les femelles pondent sous l'épiderme, y déposent leurs œufs et meurent. Les œufs sont rapidement

éclos et donnent naissance à des larves, lesquelles deviennent des nymphes, puis des adultes mâles et femelles.

Symptômes. — Il y a une période d'incubation de durée variable marquée par des démangeaisons violentes, surtout nocturnes et des éruptions mal déterminées à type urticarien.

Peu à peu les symptômes se précisent et à la période d'état le symptôme capital est le prurit. Un autre signe objectif non moins capital apparaît c'est le sillon qui a des sièges d'élection absolument caractéristiques. Ce sont : faces latérales des doigts, espaces interdigitaux, la paume de la main, la face antérieure des poignets et des aisselles, les seins (mamelon) chez la femme, le pénis chez l'homme.

Le sillon a une longueur qui oscille entre 1 millimètre et 2 centimètres. Il est souvent recourbé en 5 ou 6. Il provoque une petite réaction inflammatoire.

Complications. — Furoncles, lymphangites, adénites, abcès, érysipèles, *impétigo*, albuminurie transitoire ou durable revêtant l'allure d'une néphrite.

Traitement. — 1° Le malade est d'abord soumis à une friction au savon soufré ou au savon de Marseille pendant vingt minutes.

2° Un bain simple ou sulfureux contribue à ramollir l'épiderme et à découvrir les acares et leurs œufs.

3° Frictionner la peau pendant vingt minutes avec la pommade sulfo-alcaline d'Helmerich.

DE LA NÉPHRITE IMPÉTIGINEUSE

Nous allons décrire les différentes variétés de néphrite impétigineuse, car elle n'est pas la même chez tous les individus atteints.

a) *Néphrite avec œdème.* — Dans cette variété l'œdème est le symptôme dominant, son intensité varie : il est tantôt discret, tantôt généralisé et atteint alors les paupières et la figure qui sont bouffies, les membres inférieurs sont infiltrés jusqu'aux racines des cuisses et gardent l'empreinte digitale.

b) *Néphrites avec hématurie.* — Il est certaines formes où le symptôme unique consiste en une hématurie plus ou moins abondante. Cette hématurie inopinée est capable de faire flotter longtemps le diagnostic. Cependant la présence des lésions cutanées impétigineuses, et l'existence dans les urines des cylindres font faire le diagnostic.

c) *Néphrite avec albuminurie comme seul symptôme.* — Quelquefois c'est l'albuminurie qui est toute la maladie. Elle varie comme quantité de 50 centigrammes, à 1 gramme et au delà.

La dermatose s'accompagne quelquefois d'albuminurie dès le début, mais le plus souvent l'albumine

n'apparaît dans les urines que quelques jours après le début de la maladie cutanée, pour disparaître en même temps qu'elle ou quelques jours après.

d) *Néphrite avec œdème et albuminurie.* — Dans cette variété les symptômes cardiaques sont presque la règle. L'enfant présente une bouffissure de la face très marquée accompagnée la plupart du temps d'un anasarque généralisé. Le foie est augmenté de volume et déborde les fausses côtes de 2, 3, 4 travers de doigt. La rate est grosse. Les poumons sont encombrés de râles et on entend au cœur un bruit de galop. Les urines sont peu abondantes ou même très rares hautes en couleur et albumineuses (2 à 3 gr.).

e) *Néphrite avec syndrome urémique.* — L'œdème et l'anasarque sont généralisés. Oligurie ou même anurie complète. Le malade est aux prises avec une dyspnée intense. Il a de l'épistaxis et les vomissements ne tarderont pas à apparaître. C'est une forme grave et le pronostic en est sévère.

PATHOGÉNIE

Il n'est pas chez l'enfant de dermatose plus fréquente que l'impétigo et l'eczéma séparés ou réunis sous la forme d'eczéma impétigineux ou mieux impétiginé. Eh bien malgré cette fréquence il est étonnant de constater qu'une affection qui détruit les couches protectrices de la peau et met à nu parfois sur une grande surface les voies de l'absorption, ouvrant les voies lymphatiques et parfois les capillaires sanguins entraîne aussi rarement des infections générales ou des complications viscérales. Mais il est une voie d'arrêt : ce sont les ganglions lymphatiques. Il n'en va pas toujours de même et dans certains cas les moyens de défense deviennent insuffisants et des accidents viscéraux et généraux peuvent se déclarer. On les avait expliqués par la suppression du flux cutané considéré comme exutoire mais en réalité il faut les attribuer aux infections secondaires de la surface eczémateuse par les microbes de la peau : staphylocoques et streptocoques surtout. La néphrite impétigineuse est donc le résultat de la pénétration des germes ou de leurs toxines.

Cependant il est probable que la nature du germe

infectieux n'est point l'unique cause des troubles cardiaques. Il faut compter avec d'autres éléments : l'hydrémie avec augmentation rapide du liquide dans les tissus interstitiels, le spasme des vaisseaux d'origine toxique (Huchard), le mauvais fonctionnement de la peau, l'élévation passive mais non constante de la tension artérielle, tous ces facteurs augmentent le travail du cœur qui étant touché d'autre part par l'élément infectieux se laisse distendre et révèle sa distension par un bruit de galop.

COMPLICATIONS DE LA NÉPHRITE IMPÉTIGINEUSE

Le rôle très important rempli par les reins explique le retentissement si fréquent de leurs lésions sur l'économie. Nous nous proposons de traiter tout spécialement des complications cardio-vasculaires, qui n'ont pas encore été suffisamment précisées dans la néphrite impétigineuse en particulier, et les néphrites de l'enfance en général.

De ci de là quelques auteurs ont signalé à différentes reprises le retentissement précoce des néphrites sur le cœur de l'enfant. M. le professeur Hutinel a déjà depuis 1889 attiré l'attention sur l'augmentation du volume du cœur au cours de la néphrite aiguë scarlatineuse et démontré qu'elle pouvait mettre sur la voie du diagnostic de la lésion rénale.

En 1905 et 1908 Nobécourt et Darré publient des observations de néphrites aiguës scarlatineuses dans lesquelles il existait d'une façon précoce de l'hypertension artérielle, de la dilatation du cœur et un bruit de galop très net.

Notre maître, M. le professeur Hutinel, a observé dans la néphrite aiguë consécutive à l'impétigo, la

dilatation du cœur, l'irrégularité des bruits avec galop très net. Nous-même nous avons pu réunir quelques cas dans son service où les complications cardio-vasculaires étaient plus ou moins accusées.

Nous commencerons par les modifications de la tension artérielle.

TENSION ARTÉRIELLE

Il est bon de rappeler quelle est la tension aux différents âges chez les sujets normaux.

D'après M. Potain :

De 5 à 7 ans.....	8,6 (8 à 8,75)
De 8 à 12 ans.....	9,4 (8 à 11,50)
De 13 à 17 ans.....	13,7 (10 à 18)

D'après Durand-Viel :

4 et 5 ans.....	8,5 à 10
6 et 7 ans.....	10 à 11
8 et 9 ans.....	11 à 12
10 et 11 ans.....	12 à 13
12 à 13 ans.....	13 à 14
14 et 15 ans.....	14 à 15,5

A. Néphrites aiguës impétigineuses guéries. —

Dans une observation de P. Nobécourt et R. Voisin l'enfant était âgé de trois ans et demi. Il avait comme pression :

Au treizième jour.....	10,50
Au quatorzième jour.....	11,50
Au dix-neuvième jour.....	10,50

Notre malade âgé de douze ans a présenté à son

entrée à l'hôpital 17, deux jours après 15, puis 15, 14, 13, 12 et 9.

Dans les observations où la néphrite aiguë s'est terminée par la mort la pression est restée toujours élevée.

On voit que les néphrites évoluant vers la guérison présentent un abaissement de la pression artérielle. L'élévation de la tension est en rapport avec le spasme vasculaire, l'hydrémie et le poids et on verra les relations existant entre ces différents facteurs.

MATITÉ PRÉCORDIALE

D'après Potain et Vaquez la matité précordiale chez les enfants est :

A 6 ans	40 cent. carrés
A 12 ans.....	52 —
A 17 ans.....	78 —

Or, dans la néphrite aiguë en général comme dans la néphrite aiguë impétigineuse, on observe une augmentation de la matité cardiaque. Dans l'observation n° I rapportée par MM. Nébécourt et Voisin elle était de 79 cmq. 68 au neuvième jour de la maladie et de 49 cmq. 80 trois mois après. Dans notre observation à nous les variations de la matité ont oscillé dans les mêmes limites. Cette augmentation du volume du cœur se comporte différemment suivant l'évolution de la maladie. En effet elle diminue quand la maladie tend vers la guérison, et augmente ou

reste stationnaire dans le cas contraire. Un point est intéressant, c'est la corrélation qui existe entre les modifications de la tension artérielle et celles de la matité cardiaque. Or il ressort des comparaisons faites entre les courbes de la tension et celles de la matité que celle-là diminue quand l'autre baisse et inversement.

Il en est d'ailleurs ainsi dans les autres néphrites aiguës de l'enfance, et MM. Nobécourt et Voisin arrivent dans un travail à cette conclusion : « Il est donc légitime de subordonner l'état du cœur à celui de la pression » et les mêmes auteurs d'ajouter : « Dans les néphrites aiguës et au cours des poussées aiguës des néphrites prolongées l'augmentation de la matité précordiale doit être attribuée à une dilatation du cœur : celle-ci peut seule expliquer des variations aussi marquées et aussi rapides. L'hypertrophie ne peut guère entrer en jeu que dans les néphrites prolongées après des phases plus ou moins durables ou répétées de dilatation. La dilatation doit porter vraisemblablement surtout sur le cœur gauche. Mais chez l'enfant il est difficile de faire la part de ce qui revient au cœur droit et au cœur gauche dans les variations de la matité précordiale. Et plus loin : la fibre cardiaque, le système nerveux du cœur peuvent être impressionnés pour leur compte sous l'influence du processus toxi-infectieux, cause de la néphrite, des infections intercurrentes ou de la rétention des déchets urinaires.

MODIFICATIONS DU VOLUME DU FOIE

POIDS ET CEDÈMES

Dans quelques-unes de nos observations le foie avait augmenté de volume. Ceci est fréquent au cours des cardiopathies, et nous avons remarqué une corrélation plus ou moins frappante entre les modifications de la pression artérielle, du volume du cœur et de l'augmentation du volume du foie. Il n'en va pas toujours ainsi et d'autres causes doivent être invoquées : infections gastro-intestinales, auto-intoxication, etc.

Un autre fait intéressant a attiré notre attention, c'est les relations qui existaient entre les modifications du poids et de la tension artérielle. On voyait la tension baisser quand le poids diminuait. On la voyait monter dans le cas contraire mais ceci n'est pas constant surtout quand des complications surgissent. La matité précordiale est également influencée par ces oscillations du poids. En effet elle est augmentée ou diminuée suivant que le poids augmente ou diminue.

BRUIT DE GALOP

Le bruit de galop est relativement rare, cependant on peut l'observer dans certains cas, et alors il coïncide avec l'élévation de la pression artérielle et l'augmentation de la matité précordiale. Il est donc inté-

ressant de montrer les relations qui existent entre ces différents facteurs. D'ailleurs le bruit de galop n'apparaît pas toutes les fois que la tension est élevée. (Il est probable que l'état fonctionnel du cœur et la facilité avec laquelle il cède interviennent pour leur part.) (Nobécourt et Voisin).

TRAITEMENT

Le traitement de la néphrite impétigineuse est avant tout causal. Il faut donc s'attacher à guérir l'impétigo par les moyens à notre disposition, sans oublier de modifier le terrain en fortifiant les malades. Quant à la néphrite proprement dite, son traitement varie selon la gravité des cas. Dans les formes légères où le seul symptôme se réduit à la présence de l'albumine dans les urines, quelques jours de régime lacté suffisent.

Dans les formes graves avec œdème, oligurie et bruit de galop, on mettra l'enfant à la diète hydrique vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on lui donnera du lait coupé d'eau et bientôt pur.

Le traitement symptomatique joue aussi son rôle. Si les poumons sont engorgés on appliquera quelques ventouses, et on viendra au secours du cœur s'il avait tendance à fléchir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. le professeur Hutinel

Le nommé L. M..., âgé de douze ans, entre à l'hôpital le 15 octobre 1917. Ses parents l'amènent parce qu'il a de l'œdème.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. La mère n'a jamais eue fausses couches et le petit malade est né à terme.

Antécédents personnels. — L'enfant a été élevé au sein. Il a fait ses premiers pas à quatorze mois. A l'âge de quelques mois il a la rougeole et quelques années plus tard la coqueluche. Il y a cinq semaines l'enfant contracte la gale qui fut reconnue et traitée à l'hôpital Cochin. Depuis cinq jours la face est bouffie et les membres sont oedématisés.

Examen. — La gale n'est pas tout à fait guérie et on constate la présence des éruptions ecthymateuses et impétigineuses. Quelques éruptions sur le cuir chevelu, mais peu de chose.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Au cœur il existe un bruit de galop assez net.

La tension artérielle est assez élevée et atteint 17 au Pachon,

Le poids est de 40 kg. 800.

Les urines émises atteignent 500 grammes. L'enfant est mis au traitement, et le premier jour on ne lui donne que 500 grammes d'eau. Le lendemain le poids tombe à 39 kgr. 700 et les urines augmentent et sont de 1.100 grammes. La tension baisse et n'est plus que de 15.

Le jour suivant on ajoute aux 500 grammes d'eau 250 gr. de lait ; le troisième jour on lui donne 500 grammes de lait et 500 grammes d'eau. Le sixième jour il a 500 grammes d'eau et 1 litre de lait. Le poids est alors tombé à 35 kilogrammes. Les urines sont d'à peu près 2.000 grammes et la tension est descendue à 13.

On continue le même régime jusqu'au 11 novembre, en augmentant toujours la quantité de lait et en diminuant l'eau tellement qu'on finit par ne donner que du lait.

La tension est tombée ce jour-là à 11, le poids à 34 kgr. 400 et les urines ont atteint 3.5000 grammes.

L'enfant quitte l'hôpital à peu près guéri.

Voici les résultats de l'examen des urines fait le 9 novembre :

Quantité d'urine émise 1.000 centimètres cubes 0/0.

Quantité de chlorure de sodium par litre : 2 gr. 30.

Dosage de l'albumine dans le sang : 0 gr. 36.

OBSERVATION II

(M. le professeur Hutinel)

L'enfant P. B..., âgé de cinq ans, entre à l'hôpital le 29 juillet 1917. Sa mère l'amène parce qu'il a été pris de violentes coliques.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à la suite d'une trépanation. La mère est bien portante, elle a eu trois grossesses dont une était gémellaire. Elle a trois enfants vivants et l'un des jumeaux est mort de pneumonie.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme. Il a été élevé au sein jusqu'à l'âge de treize mois. Il a eu la première dent à onze mois, et a fait les premiers pas à quatorze mois. Comme maladies, le malade a déjà fait une bronchite à l'âge de deux ans suivie de près d'une rougeole.

Il y a quelques jours l'enfant fut pris de violentes coliques accompagnées de crises d'étouffement, puis il fut pris de diarrhée. Déjà la mère a observé une poussée impétigineuse à la face.

Examen. — Enfant sale ayant des poux. On constate aussi la présence des pustules impétigineuses et l'existence d'une gale bien caractérisée. Il y a ganglions au cou.

Auscultation. — Aux poumons, respiration gênée, et légèrement soufflante entre les deux omoplates.

Au cœur: souffle systolique avec tendance au dédoublement du premier bruit.

Le foie est gros et déborde légèrement les fausses côtes.

L'examen renouvelé quelques jours plus tard révèle l'exis-

tence d'une congestion des bases des poumons et d'un bruit de galop au cœur.

6 août. — On constate à l'auscultation la présence d'un épanchement pleurétique assez faible.

Les urines renferment de l'albumine. La quantité de l'urée par litre de sang est de 0 gr. 908.

Dans un examen ultérieur l'urée dans le sang est de 0 gr. 22 par litre, mais ceci après les bienfaits du traitement et du régime. On a remarqué chez ce petit malade les mêmes variations dans la courbe du poids, de la tension, et des urines.

Il sort de l'hôpital le 17 septembre.

OBSERVATION III

(M. le professeur Hutinel)

Le petit M... A., âgé de onze ans, est envoyé par son médecin parce qu'il souffre d'une néphrite et qu'il a beaucoup d'albumine dans les urines.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de cancer. Elle a eu sept grossesses, mais il ne reste que cinq enfants vivants. Les deux autres sont morts, l'un de broncho-pneumonie, l'autre d'un accident ?

Le père est bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme. On n'a pas de renseignements précis sur lui, mais on sait qu'il a toujours été chétif.

Depuis quinze jours il se plaint des engelures. Subitement il a été pris d'un œdème qui a commencé par le bras et a

atteint les jambes ensuite. Depuis il a des crises d'étouffement fréquents.

Examen. — On trouve un érythème purpurique sur les jambes, les bras, les fesses et les joues en plus il y a de l'impétigo au cuir chevelu et à la nuque.

A l'auscultation : léger érétisme cardiaque.

Le foie est un peu gros.

Les urines renferment une petite quantité d'albumine.

Examen du sang :

Hématies.....	3.270.000
Globules blancs.....	25.000
Polynucléaires.....	78 o/o
Grands et moyens mono. . .	15 o/o
Lymphocytes.....	8 o/o

OBSERVATION IV

(M. le professeur Hutinel, *Journal des Praticiens*, 1908.)

C'est l'histoire d'une jeune fille d'une dizaine d'années, entrée à l'hôpital avec un impétigo parasitaire du cuir chevelu. Les croûtes sont épaisses, suintantes, et laissent à jour une fois qu'elles ont été détachées par des compresses humides une série d'ulcérations et d'abcès qui couvrent le cuir chevelu. Les ganglions cervicaux sont tuméfiés. Bientôt apparaît une bouffissure de la face, un œdème de la face dorsale des pieds. Le foie est énorme et déborde le rebord costal de quatre travers de doigts. Quelques râles encombrant les bases des poumons. Tous ces troubles dépendent de l'état du cœur et des reins. Le cœur est dilaté laisse entendre des bruis irréguliers avec galop très net. Le pouls est

fréquent et petit (120). Les urines peu abondantes, renferment 2 grammes d'albumine.

OBSERVATION V (1)

(MM. Nobécourt et Voisin)

Néphrite aiguë hémorragique de cause inconnue (probablement impétigineuse. — Peu d'œdème. — Guérison complète malgré une rechute à l'occasion d'une angine.

B... Roger, trois ans et demi, entre le 8 novembre 1908 salle Bouchut parce qu'il a les urines noires.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé, éthylique. Mère bien portante. Deux frères plus âgés bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme après une grossesse normale, cet enfant a marché à treize mois et n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — Il y a douze jours, à la suite, disent les parents, de la disparition d'impétigo, ils se sont aperçus que les urines étaient teintées de sang.

A ce moment l'enfant a présenté de la fièvre pendant un ou trois jours. Malgré le repos au lit et le régime lacté les urines sont devenues de plus en plus noires. Jamais l'enfant ne s'est plaint de la gorge ; il n'y a pas de scarlatine autour de lui.

Examen. — C'est un enfant bien constitué. Taille 0 m. 97. On remarque au niveau du menton et du cuir chevelu quelques traces d'impétigo ; les ganglions du cou surtout du

1. Nobécourt et Voisin, *Archives de médecine des enfants*, décembre 1909.

côté droit, sont augmentés de volume. On ne constate aucun signe de tuberculose. Les poumons, la gorge paraissent normaux. Il n'y a pas trace de desquamation. La langue est un peu saburrale. Il existe un léger degré d'œdème des bourses. Le poids est de 14 kgr.400.

Les urines sont presque noires et contiennent 3 à 4 grammes d'albumine par litre.

L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative.

La pression artérielle est de 10,50 au Vaquez.

Le deux décembre (quatorzième jour de la maladie), nous trouvons une surface précordiale augmentée ; la pointe bat derrière la cinquième côte. La pression artérielle est de 11, 25 au Potain, 11 au Vaquez.

L'enfant est mis au traitement. on lui donne un gramme de chlorure de calcium car ses urines continuaient à être rouges. Le poids baisse assez vite, il est de 13 kg. 750 puis de 13 kgr.300. La pression est de 10,25.

Le poids se maintient entre 13 kgr.300 et 14 kilogrammes. La quantité d'albumine et la couleur hémorragique ont diminué progressivement. L'enfant quitte l'hôpital le 10 janvier. Il rentre le 20 janvier avec un peu de dyspnée et une voix rauque ; ses urines jaune orangé sont histologiquement hémorragiques. Elles contiennent 0 gr.20 d'albumine. Il est mis à la diète aqueuse (2 litres).

21 janvier. — La matité cardiaque est de 59 cm²600. La ligne horizontale mesure 12 centimètres ; le bord droit déborde le sternum de 1 cm. 5 et la pointe bat derrière la sixième côte. Le foie déborde de 3 centimètres les fausses côtes.

La pression artérielle est 3,5 au Potain et de 10 au Vaquez.

Les jours suivants le poids baisse et tombe à 14 kgr. 300 puis disparaît et l'enfant quitte l'hôpital le 14 février. Il pèse alors 15 kgr. 500 et est en bonne santé.

OBSERVATION VI

(MM. Nobécourt et Voisin)

Néphrite aiguë hémorragique avec anasarque, cause inconnue (impétigo probable). — Guérison

V... Robert, cinq ans et demi, entre le 8 mars pour de l'œdème généralisé.

Antécédents héréditaires. — Mère et père bien portants. Quatre frères et sœurs en bonne santé.

Atécédents personnels. — Né à terme, après accouchement facile. Nourri au sein. Coqueluche et broncho-pneumonie à quatre mois et demi. Rougeole à deux ans.

Histoire de la maladie. — Il y a huit jours, sans autre manifestation morbide, le père s'est aperçu que les jambes de son enfant étaient enflées. Pas d'angine, pas d'éruption.

Examen. — *Traces d'impétigo au cuir chevelu.*

A l'auscultation des poumons gros râles sous-crépitaux aux bases des deux poumons. Anasarque très marqué, face un peu bouffie ; œdème de la paroi abdominale.

Les urinessanglantes sont de 150 centimètres cubes ; elles contiennent une grosse quantité d'albumine.

Le poids est de 22 kgr. 500.

La pression est de 10,75.

La matité cardiaque de 75 cm³ 68.

On donne l'eau bouillie jusqu'au 11.

La pression est de 11. On ajoute 500 grammes de lait. Le 17 on donne un litre de lait.

Le poids est alors tombé à 18 kgr.700. On réalimente petit à petit l'enfant et il quitte l'hôpital le 4 avril pesant 19 kgr.200, sans trace d'albumine dans les urines.

Nous revoyons l'enfant le 17 juin 1909 ; il pèse plus de 20 kilos ; il n'existe toujours pas trace d'albumine. La pression artérielle est de 10,5. La matité cardiaque de 45 cm² 80.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Duvernay)

Appelé auprès du jeune René M..., qui depuis trois jours enfle progressivement. Ce qui frappe c'est l'énorme bouffissure du visage et l'aspect soufflé de tout le corps.

Les paupières sont enflées, les mains gardent l'empreinte des doigts. La peau de l'abdomen est infiltrée.

A l'auscultation on ne constate pas de bruit de galop. Les battements sont éclatants. Aux poumons on entend des râles d'œdème aux bases.

Les urines sont très rares et foncées.

Examen du cuir chevelu et de la face. — On constate la présence des croûtes impétigineuses. Le traitement de l'affection n'amena pas la disparition des symptômes parce qu'il fut mal conduit.

On met l'enfant de nouveau au traitement de l'impétigo ; et au régime lacté. La guérison suivit dans quelques jours.

OBSERVATION VII (Résumée)

Mariette P..., n'a jamais été malade. Elle a de l'impétigo à la suite duquel les glandes du cou ont augmenté de volume. L'enfant fut prise de dyspnée et l'enflure est apparue.

Le médecin appelé constate l'existence d'un impétigo typique envahissant la face et le cuir chevelu. Anasarque généralisé.

Urines rares, albumineuses, renfermant des cylindres et des globules rouges.

Auscultation : Galop au cœur dont la pointe bat sous la cinquième côte. Dyspnée continue.

Traitement. — Traitement de l'impétigo. Régime lacté. Guérison complète au bout de dix jours.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Néphrite aiguë. — *Urémie cérébrale terminée par la mort*.

Marie E..., âgée de sept ans, n'a eu que la coqueluche. Il y a quinze jours des croûtes sont apparues, le cuir chevelu fut envahi. Depuis huit jours l'enfant va mal, elle s'essouffle facilement et a perdu l'appétit. Depuis trois jours l'état s'est aggravé et un œdème progressif a apparu avec dyspnée permanente et paroxystique. Crise de convulsions qui s'est terminée par une hémiplégie à droite avec aphasie. Œdème pulmonaire. Pouls instable. Foie gros. Urines rares, albumineuses. Myosis. Nouvelles crises de convulsion, et mort.

OBSERVATION IX (Personnelle)

La petite Marie D..., âgée de sept ans, vient consulter pour de la gourme.

Antécédents personnels. — La malade a eu la coqueluche à quatre ans et la rougeole à six ans. Elle n'a jamais eu de scarlatine ni de fièvre typhoïde.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. La mère n'a jamais eu de fausses couches. Elle a quatre autres enfants bien portants.

Examen. — Impétigo de la face; de la nuque et du cuir chevelu. Quelques poux et beaucoup de lentes.

L'impétigo aurait apparu il y a quinze jours.

L'enfant est amaigrie et a des ganglions au cou. Elle se plaint d'avoir perdu l'appétit.

A l'auscultation du cœur on ne constate pas de galop. Pas de râles aux poumons. Il n'y a pas d'œdème, et les urines sont assez abondantes, mais renferment de l'albumine.

Traitement. — Traitement de l'impétigo. Régime lacté pendant quelques jours suivi de la guérison.

CONCLUSIONS

L'impétigo est souvent accompagné de néphrite. Cette néphrite est en général bénigne, mais dans certains cas elle peut être mortelle.

La néphrite impétigineuse pour peu qu'elle soit accusée retentit sur tout le système cardio-vasculaire.

Les modifications cardio-vasculaires produites guérissent en même temps que la néphrite et il est rare qu'elles soient durables.

Le traitement de cette néphrite est avant tout causal.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
HUTINEL

Vu et permis d'imprimer
L. POINCARÉ

